Załącznik nr 1 do Regulaminu WOKRO

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO PROGRAMU „ZA ŻYCIEM”**

Kołobrzeg dnia…………..….……

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………... Tel. kontaktowy……………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka……………………………………………………..............................................……………….

ur…………………………………………….. w ………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż rodzica)…………………………………………………………………………

Nazwa i adres przedszkola/ żłobka ……………………………………………………………………………………….

Oświadczam, iż moje dziecko posiada:

Opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka nr……………………..z dnia………………………..  
wydaną przez……………………………………………………………………..(dokument w załączeniu)

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr……………………..z dnia……………….………..……………..  
wydane przez………………………………………………………………………………..(dokument w załączeniu)

* Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka …………………………………………………(dokument w załączeniu)
* Zaświadczenie lekarskie (zgodnie z ustawą „Za życiem” )……………………………...…(dokument w załączeniu)

Rozpoznanie niepełnosprawności jeśli takie było lub inne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka mogące mieć wpływ na rozwój dziecka *(np. przedwczesny poród (przed 36 tygodniem ciąży, przewlekłe choroby z klasyfikacji ICD, znacznie opóźniony rozwój psychoruchowy)* proszę opisać własnymi słowami:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Uzasadnienie do wniosku ……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..

*( prosimy o dołączenie do wniosku kserokopii posiadanych dokumentów- orzeczeń opinii, zaświadczeń lekarskich lub innych, istotnych do rozpatrzenia wniosku)*

1. Czy dziecko korzystało z pomocy w PPP w Kołobrzegu: TAK/NIE

jeżeli tak, to z jakich form: .......................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko realizowało zajęcia w ramach programu „Za życiem” (WOKRO) TAK/NIE

Jeżeli tak to w jakiej instytucji?.................................................................................................................................

1. Czy dziecko realizuje zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju TAK/NIE
2. Aktualne miejsce realizacji zajęć w ramach ZWWR…………………………………………...……………………

psycholog w wymiarze……………………….………..… w miesiącu

pedagog w wymiarze …………………………………... w miesiącu

logopeda w wymiarze …………………………………… w miesiącu

fizjoterapeuta w wymiarze………………………………. w miesiącu

inne………………………………………………..……... w miesiącu

5. Czy dziecko realizuje inne zajęcia terapeutyczne (MOPS, hospicjum, fundacja , stowarzyszenia, gabinety prywatne, poradnie niepubliczne, OWI) TAK/NIE

jeżeli tak, to należy wypełnić:

**Nazwa instytucji**………………………………………………………………………….…...

rodzaj zajęć ……………………………………………………………………………….….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …….…………………….…

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………….…….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …………..……….…………

**Nazwa instytucji**………………………………………………………………………………

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………..……….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …………………...…………

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………..……….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …………………………...…

**Nazwa instytucji**………………………………………………………………………………

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………..……….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …………………………...…

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………..……….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …………………………...…

Ponad to **oświadczam, iż:**

1. Zostałem/am poinformowany o celach i założeniach Programu oraz że uczestniczę w projekcie finansowanym za środków publicznych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem Programu oraz klauzulą informacyjną RODO .
3. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Kadrą Programu.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez środek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg ( zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) w celu realizacji Programu.
5. Wyrażam zgodę na nieodwołalne i nieodpłatne przetwarzanie, wykorzystywanie przez Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg, wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojego dziecka ( zdjęcia itp.) w celach upubliczniania tych danych za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z realizacją Programu.

**Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku o przyjęcie do Programu „Za życiem” są zgodne z prawdą.**

………………………………………………. ……………………………………………………………

Miejscowość i data Podpis rodzica/ opiekuna prawnego składającego wniosek